

介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書[受領委任払]

フリガナ						保険者番号	2	8	2	1	9	4
氏名						被保険者番号						
生年月日	大正・昭和	年	月	日	個人番号							
要支援1・要支援2・要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5					認定有効期間		/	/	～	/	/	
住所	〒 - 電話番号 - - 三田市											
販売事業者名						事業所番号						
種目コード	TAISコード		購入金額				購入日（領収日）					
	商品名 製造事業者名											
	-		円 / 令和				年 月 日					
	-		円 / 令和				年 月 日					
	-		円 / 令和				年 月 日					
種目コード一覧 1 腰掛便座 2 自動排泄処理装置の交換可能部品 3 排泄予測支援機器 4 入浴補助用具 5 簡易浴槽 6 移動用リフトのつり具の部分 7 スロープ 8 歩行器 9 歩行補助つえ												
三田市長 あて 上記のとおり関係書類を添えて居宅介護(介護予防)福祉用具購入費の支給を申請します。 令和 年 月 日 申請者 住所 (被保険者) 氏名 ※自署または記名・押印										受付印押印欄		
										<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> その他(確認先:) <input type="checkbox"/> 基準額超負担了承		

(三田市記入欄)

書類確認	<input type="checkbox"/> 領収書 <input type="checkbox"/> 承認通知書												
要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5												
申請区分	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 変更(介護) <input type="checkbox"/> 更新			有効期間	令和 年 月 日～令和 年 月 日								
負担割合	<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割			送付先	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有								
合計購入金額	円			利用者負担額	円			課長	副課長	係長			
支給基準額	円			支給額	円								
令和 年 月 日 上記支給申請について、次のとおり決定してよろしいか(伺い) <input type="checkbox"/> 支給 支給決定額 円 <input type="checkbox"/> 不支給 [理由:]								係		保険料			
								完結年月日	令和 年 月 日				